

## Autorización para Liberar y Divulgar Información del Paciente

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>  TTUHSC El Paso MRN: _____	Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
<b>DESTINATARIO</b>  <input type="checkbox"/> <b>Envié</b> la información a:  <input type="checkbox"/> <b>Recibí</b> la información de:	Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Numero de Fax: _____
<b>INFORMACIÓN QUE SE LIBERARÁ</b>  (¿Qué es lo que desea enviar o liberar? Marque la casilla correspondiente.)	<input type="checkbox"/> Todos y cada uno de los registros (expediente médico completo) <b>Únicamente la información seleccionada a continuación debe ser liberada:</b> <input type="checkbox"/> Notas de progreso/notas clínicas <input type="checkbox"/> Citas Programadas <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Otra razón (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Historial de vacunación <input type="checkbox"/> Historial de facturación (fechas) _____ <input type="checkbox"/> Historial de medicamentos <input type="checkbox"/> Expediente de rutina (fechas de servicio) _____ (visita al consultorio, laboratorio, radiología, medicamentos, vacunas)  <b>Acepto que la siguiente información sea divulgada/utilizada según se indica:</b> 1. Resultados de pruebas de SIDA/VIH, diagnósticos, tratamiento, e información relacionada      Si ____ No ____ 2. Resultado de pruebas de antidoping e información acerca del uso y/o tratamiento Relacionado al uso de drogas y alcohol      Si ____ No ____ 3. Información de su estado mental      Si ____ No ____ 4. Pruebas genéticas      Si ____ No ____
<b>INSTRUCCIONES DE LIBERACIÓN</b> (¿En qué formato desea la información?)	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Formato Electrónico (CD)
<b>PROPOSITO DE LA LIBERACIÓN</b> (¿Por qué es necesario?)	<input type="checkbox"/> Continuación de cuidado por otro proveedor de servicios médicos <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Compañía de seguro médico <input type="checkbox"/> Revisión personal <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Otra razón (especifique): _____
<b>INFORMACIÓN SOBRE SALUD REPRODUCTIVA QUE SE LIBERARÁ</b> <b>Marque una opción:</b>	Según se define en el Registro Federal Vol.89, No 82, Pagina 33006, 26 de Abril de 2024 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <b>Esta solicitud para la información sobre la salud reproductiva esta relacionada con el/los siguiente(s) propósito(s)</b> (Marque las casillas correspondientes)  <input type="checkbox"/> Actividades de supervisión de la salud <input type="checkbox"/> Procedimientos judiciales o administrativos <input type="checkbox"/> Cumplimiento de la ley <input type="checkbox"/> Divulgaciones a medicos forenses y medicos legistas con respecto a fallecidos
<b>NOTIFICACION AL DESTINATARIO DE ESTA INFORMACIÓN</b>	El uso de la información que se le proporciona en esta autorización se limita sólo a la finalidad indicada. Se prohíbe utilizar la información que se divulga en este formulario para cualquier otra finalidad sin previo consentimiento del paciente. Esta información puede estar protegida por reglamentos federales y éstos prohíben que la información se divulgue a terceras personas sin previo consentimiento de la persona cuyo nombre aparece en esta autorización a menos que se divulgue según lo permite 42 CFR Parte 2.

- Esta autorización es voluntaria y puedo rehusarme a firmarla. La decisión de no firmar esta autorización no afectara mi tratamiento médico o pago por los servicios recibidos.
  - Si yo deseo revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito a Texas Tech University Health Sciences Center El Paso (o la institución que lo divulgue.) La información puede ser divulgada hasta la fecha en que se reciba mi petición de cancelación por escrito.
  - **Esta autorización expira a los 180 días de la fecha en que se firme, de la fecha que se indica, o en caso/evento de: (especifique): \_\_\_\_\_**
  - Se puede encontrar información adicional en el folleto de Aviso de Normas de la Privacidad de TTUHSC EP.
  - Si los servicios de atención médica se proveen a petición de y son pagados por mi empleador (o empleador potencial), yo entiendo y acepto que todo documento e información relacionada con estos servicios pueden darse directamente a mi empleador, y si deseo obtener dicha información, debo ponerme en contacto con mi empleador o empleador potencial.
- EXONERACIÓN DE TODA RESPONSABILIDAD:** Acepto liberar a las clínicas de TTUHSC EP (o cualquier otra institución que divulgue esta información) sus agentes, representantes, y empleados de toda responsabilidad asociada a la divulgación de información confidencial médica en conformidad con esta autorización. Yo entiendo que la clínica de TTUHSC EP (o cualquier otra institución) no son responsables del uso o divulgación a terceras partes.

Certifico que se me ha explicado detalladamente este formulario, que lo he leído o me lo han leído\* y comprendo su contenido.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o firma legal autorizada

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Testigo/Traductor\*

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente